

診療記録等開示申請書

社会福祉法人仁生社
江戸川病院 院長殿
メディカルプラザ江戸川 院長殿

私は、貴院が保有する下記の診療記録（カルテ）を開示していただきたく、開示費用に同意した上で申請いたします。

西暦 年 月 日

開示を受ける患者	患者ID						
	氏名	(フリガナ)					
	住所	〒 —					
	生年月日	明・大・昭・平・令 / 西暦 年 月 日					
開示期間	☐ すべて ☐ 一部 （西暦 年 月 日 ～ 年 月 日）						
開示対象	☐ 江戸川病院： ☐ 外来分 ☐ 入院分						
	☐ メディカルプラザ江戸川						
診療科	☐ すべて ☐ 一部 （詳細： ）						
開示を希望する記録	☐ 診療記録						
	☐ 看護記録						
	☐ 検査結果： ☐ すべて ☐ 一部 （ ）						
	☐ 画像データ： ☐ すべて ☐ 一部 （ ）						
	☐ その他 （詳細： ）						
開示方法	☐ 複写交付 ☐ 閲覧						
開示申請者	氏名	(フリガナ) ※氏名は、記名押印または自署をお願いします					
	患者との関係	☐ 本人 ☐ 親族（詳細： ） ☐ 遺族（詳細： ） ☐ 代理人 ☐ その他（詳細： ）					
	住所 ☐ 同上	〒 —					
	電話番号						
	受取方法	☐ 窓口で受け取る ☐ 郵送で受け取る					
	製本	☐ 希望する ☐ 希望しない					
	郵送先	※ 郵送先が「開示申請者」の住所と異なる場合は、こちらに記入してください 〒 —					

※ 記載内容を訂正する場合は、二重線を引いたうえ、訂正印または署名をお願いします

【病院使用欄】

江戸川病院	受付者	事務長	主治医	部長	院長	所属長	対応記録
	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日

メディカルプラザ江戸川	受付者	マネージャー	主治医	部長	院長	所属長	対応記録
	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日